

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 février 1892, à 1 heure

Par GUSTAVE PATÉ

Ex-interne des hôpitaux de Reims

RECHERCHES

SUR

LA PHTISIE DES FAÏENCIERS

Président : M. PROUST, professeur.

*Juges : MM. { TROISIÈRE, professeur.
 { HANOT, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 février 1892, à 1 heure

Par GUSTAVE PATÉ

Ex-interne des hôpitaux de Reims

RECHERCHES

SUR

LA PHTISIE DES FAÏENCIERS

Président : M. PROUST, professeur.

*Juges : MM. { TROISIER, professeur.
 { HANOT, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		EAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale		DEBOVE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Operations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.		TILLAUD.
Thérapeutique et matière médicale.		N.
Hygiène.		HAYEM.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
		G. SÉE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
Maladie des enfants		PETER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		BALL.
Clinique des maladies du système nerveux		FOURNIER.
		CHARCOT.
		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	}	LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTIER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON BIEN-AIMÉ FRÈRE

A M. LE DOCTEUR GOUPIL DES PALLIÈRES

A MES AMIS

A MES PROFESSEURS DE REIMS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A M. LE DOCTEUR TROISIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Médecin de l'hôpital Lariboisière

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PROUST

Membre de l'Académie de médecine

Médecin à l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'honneur

RECHERCHES

SUR

LA PHTISIE DES FAÏENCIERS

HISTORIQUE

La fréquence des maladies de poitrine dans certaines classes d'ouvriers a été dès longtemps notée par un grand nombre d'auteurs. L'ouvrage de Ramazzini, *Maladie des artisans*, traduit par Fourcroy, est le premier traité dogmatique. Puis viennent les travaux de Benoiston de Châteauneuf, de Lombart : *De l'influence des professions sur la phtisie pulmonaire*. Dans le mémoire de Lombart nous trouvons :

« De toutes les circonstances auxquelles sont soumis les ouvriers de diverses professions, il n'en est aucune aussi importante que celle de l'atmosphère environnante, puisqu'elle agit directement sur les poumons siège de la phtisie ».

Et plus loin :

« L'inhalation de poussières très divisées est une

cause plus fréquente de phtisie que celle des molécules grossières. Dans les manufactures de porcelaine où l'on pulvérise la silice, la plupart des ouvriers employés à cet usage succombent à la phtisie. »

Dans la première moitié du XIX^e siècle, on décrit la phtisie des mineurs, la phtisie des mouleurs, la phtisie des aiguiseurs, en se basant sur le double contrôle des études cliniques et anatomo-pathologiques. A ces recherches se rattachent les noms de Knight, Grégory, Simpson, Tardieu, Andral, Virchow.

Puis viennent les travaux de la période contemporaine qui ont éclairé d'un jour nouveau l'histoire des pneumo-konioses. Il faut citer surtout les études de Traube, Zenker, Jeacock, Merkel, Hirt. Les récents travaux de MM. les professeurs Proust et Charcot ont contribué puissamment à faire connaître en France les variétés de pneumo-konioses.

C'est à Limoges, où se fabriquent tant de porcelaine, que l'on a étudié de plus près l'affection connue sous le nom de phtisie des porcelainiers.

Dépéret-Muret, en 1859, est persuadé de l'influence pernicieuse des poussières (1).

« La pathologie spéciale de nos porcelainiers, dit-il, se résume dans la fréquence et la gravité des

1. Dépéret-Muret, *Congrès scientifique de France*, Procès verbaux et mémoires. Limoges, 1860.

affections respiratoires dont le dernier terme est la bronchite chronique et la phtisie tuberculeuse. »

Le D^r Duchesne dans la *Revue d'hygiène*, 1890, le D^r Raymondaud, dans un article publié par les *Annales d'hygiène publique*, 1891, s'occupent tout particulièrement de l'influence des poussières de silice chez les porcelainiers.

Le premier, le D^r Lemaistre, fait l'anatomie pathologique du poumon sclérosé. Enfin, au dernier congrès de la tuberculose, le D^r Landouzy, au nom du D^r Boulland, a lu une communication fort instructive sur l'influence des poussières de Kaolin sur la tuberculose des porcelainiers. Nous devons à la bienveillance du D^r Boulland maints renseignements fort utiles, maintes communications qui nous ont permis de connaître en détail tous les travaux scientifiques entrepris par l'école de Limoges. Nous sommes heureux de lui en témoigner toute notre reconnaissance.

En effet, l'analogie entre la phtisie des porcelainiers et la phthisie des faïenciers qui va nous occuper est frappante. D'ailleurs, même étiologie. La formule de la pâte à porcelaine est celle-ci :

Kaolin formé de silicate d'alumine hydraté à peu près pur, mélangé au pétunzé ou feldspath fusible. Argile.

La composition des pâtes à faïence ne diffère de celle-ci que par une moins grande proportion de kaolin, bien que depuis quelques années elle ait été considérablement augmentée.

Les bases sont :

Kaolin,

Argile,

Silex broyé.

Le tout coloré par l'oxyde de cobalt en très petite proportion.

De la phtisie des faïenciers. — Ayant pu étudier durant plus d'un an chez les ouvriers de la fabrique de faïence de Montereau, l'évolution de cette affection connue sous le nom de la phtisie des faïenciers, secondé par les conseils et la longue expérience du Dr Goupil des Fallières, je me suis proposé de mettre en relief les symptômes que présentent cette affection.

Et tout d'abord la phtisie des faïenciers, cette sclérose du poumon, a-t-elle une identité propre? N'est-elle qu'une forme de tuberculose comme certains auteurs le croient? Cette question a été soulevée maintes fois à propos de la phtisie des porcelainiers.

Le Dr Raymond regarde la phtisie des porcelainiers comme une phtisie bacillaire. Elle est produite, dit-il, par l'absorption des poussières de crachats tuberculeux, à la faveur des lésions de la muqueuse pulmonaire, déterminées elles-mêmes, par les poussières anguleuses et dures qu'on respire dans les ateliers. M. Raymond reconnaît cependant que cette phtisie se distingue de la phtisie ordinaire par la lenteur de son évolution, et avoue qu'il est difficile d'expliquer cette différence.

Le Dr Boulland ne croit pas non plus que l'on puisse affirmer la division des affections pulmonaires des porcelainiers, et il regarde la sclérose pulmonaire comme une tuberculose fibreuse.

Dépéret-Muret, dans les derniers temps de sa vie avait modifié sa première opinion et disait, qu'à l'autopsie, on pourrait ne trouver chez ces gens aucune granulation tuberculeuse.

Les D^{rs} Mazart et Lemaistre se sont faits surtout les défenseurs de cette théorie (1). Le Dr Lemaistre à l'autopsie d'un vieux porcelainier trouva :

« Une pigmentation noire prononcée des poumons qui offraient à la coupe l'aspect du caoutchouc et la résistance d'un tissu induré. Au milieu de cette sclérose, quelques foyers catéreux, de nombreuses granulations ardoisées de la grosseur d'un petit pois, une vaste caverne à parois anfractueuses garnies de nombreux tractus fibreux contenant un liquide purulent, des calculs formés de carbonate et de phosphate de chaux, de potasse, de soude, de silice. »

Et en présence de ces résultats, il déclara que son malade n'était pas tuberculeux. Il conclut, qu'en dehors de la phtisie aiguë, de la phtisie chronique commune, il y a place pour « des pneumonies franches qui arrivent à la suppuration, à la caséification, aux dépôts crétacés, à l'ulcération avec ou sans sclérose, et qui ne sont pas tuberculeuses. »

C'est à cette opinion que nous nous rangeons et

1. *Hygiène et maladies des Porcelainiers* (Raymondaud, 1891).

nous allons nous efforcer de montrer que le plus souvent le diagnostic entre la phtisie bacillaire et la phtisie des faïenciers est possible, et d'après les symptômes fonctionnels, et parfois d'après les symptômes physiques. Enfin nous étudierons l'évolution de la tuberculose chez les faïenciers.

DES FAÏENCIERS.

Les ouvriers qui travaillent à la fabrique de Montereau sont sédentaires, tous pour la plupart y sont entrés jeunes. Leur salaire leur permet de se procurer une bonne alimentation. L'hygiène des faïenciers est des plus satisfaisantes, certains ouvriers sont très sobres, mais beaucoup font un usage journalier exagéré des liqueurs alcooliques.

Le principal danger de l'industrie faïencière consiste dans l'action des poussières dont est surchargé le milieu dans lequel l'ouvrier travaille. Aussi certains ouvriers sont-ils plus exposés que d'autres à l'absorption de ces poussières. Le Dr Lemaistre, en analysant l'atmosphère qui entoure les ouvriers dans les fabriques, a trouvé que les grains de poussière comptent pour plusieurs millions par mètre cube d'air dans cette atmosphère. Ces particules minérales sont si nombreuses qu'elles déterminent parfois la formation de calculs dans les bronches.

Parmi les plus exposés sont les ébaucheurs, ils travaillent assis. Leur travail consiste à prendre un morceau de terre à faïence et à le pétrir entre leurs

main. Ce travail est des plus fatigants et les oblige à appliquer leur motte de terre au-devant de leur poitrine. De plus, durant chaque effort de pétrissage, ils immobilisent leur thorax, la glotte fermée ; puis, la résistance vaincue, ils accomplissent une profonde inspiration, qui entraîne par conséquent quantité de poussières dans les bronches. Cependant ils sont moins exposés que les mouleurs et les tourneurs, car la pâte à faïence dans cette première manipulation est assez humide.

Les mouleurs ne sont guère plus épargnés que les tourneurs. Les uns prennent un morceau de pâte qu'ils tamponnent avec force pour l'introduire dans un moule en plâtre. Les autres reçoivent l'ouvrage du mouleur et tournent la faïence pour lui donner la forme extérieure convenable.

L'enfourneur est exposé aux poussières ; mais, les poussières au milieu desquelles il travaille sont grossières, et, par cela même, offrent moins de danger.

Les épousseteurs enlèvent avec un plumeau de plume de dindons ou de crins les poussières qui recouvrent les faïences. Des femmes sont chargées de ce travail ; leur atelier est isolé. Si l'on ne trouve jamais parmi elles des ouvrières atteintes de phtisie des faïenciers, c'est que leur tâche est pénible, et qu'elles y font rarement un séjour de plus de deux ans. Du moins, en est-il ainsi à Montereau.

L'useur de grains, si exposé chez les porcelainiers, est remplacé par les frotteuses qui enlèvent avec une pierre de grès les parties rouges que la haute

température a déposées sur les bords des vases. Les poussières sont grossières, les ouvrières y jouissent d'une très bonne santé.

Une autre cause adjuvante que nous ne pouvons passer sous silence et qui aide aux lésions scléreuses, c'est la haute température à laquelle travaillent les tourneurs et les mouleurs. Cette chaleur les accable, les expose à contracter bronchites, laryngites, pneumonies, soit par le fait de courants d'air dans les ateliers, soit par l'impression de l'air extérieur, quand, comme cela arrive trop souvent, ils n'ont pas la précaution de se protéger contre le froid avant de sortir. Les températures les plus élevées sont celles que supportent les défourneurs. Ils peuvent être exposés à de brusques différences de température pouvant atteindre 50°.

Crâce à cette température, et malgré l'humidité qui règne dans ces ateliers largement aérés, des poussières fines, nombreuses, y voltigent partout, y recouvrent les murs, cloisons, planchers, instruments de travail. Elles sont disséminées sous forme de nuage surtout depuis l'introduction de ces tours mus à la vapeur qui causent une trépidation continue dans les ateliers. Et l'on conçoit toute l'influence désastreuse qui en résulte.

Cependant la démonstration de l'introduction des poussières par les voies respiratoires est de date récente. Mousseret, après Tardieu, attribuait à la phlegmasie chronique la matière noire qu'il trouvait dans les poumons. Il la croyait développée par voie de

sécrétion pathologique comme le cancer et le tubercule. Les expériences entreprises par Felz, Rupper, Charcot furent démonstratives. D'ailleurs, ne venons-nous pas de remarquer, que là où il n'y a que peu ou pas de poussières, comme dans les ateliers des frotteurs, il n'y a pas ou peu de phtisiques.

PREMIÈRE PÉRIODE

Diagnostic différentiel avec la tuberculose latente

Dans les ateliers d'hommes, la plupart des ouvriers toussent. Cette toux est quinteuse avec sensation de picotement au larynx. Elle donne à la voix un timbre enroué et cassé. Elle est sèche. A peine l'ouvrier rend-il quelques crachats le matin. Elle est très difficilement calmée par les remèdes ordinaires, elle torture le malade surtout le soir, au moment où il se met au lit. Elle est exaspérée par le travail dans les ateliers poussiéreux. Tel est invariablement le symptôme du début.

Combien de temps ce symptôme restera-t-il isolé?

Le plus souvent de longues années; huit ans, dix ans, vingt ans. Mais souvent vient s'en ajouter un autre : la dyspnée. Les ouvriers s'en rendent peu compte au début.

Certains accuseront parfois une difficulté pour monter les escaliers, une fatigue, après une courte promenade, et après un temps plus ou moins long,

ils arrivent à ne plus pouvoir transporter les fardeaux qui étaient pour eux un jouet. Ils manquent de vent et non de force, car leur santé est parfaite. Le facies a une coloration normale. L'embonpoint n'est pas diminué. Plus souvent on note une augmentation du poids du corps. Les fonctions digestives sont en effet normales. La faim et la soif sont comme d'habitude, et la diarrhée fait défaut. Il est en effet tout à fait exceptionnel de trouver des troubles dyspeptiques.

La plupart des auteurs qui traitent des pneumokonioses disent qu'au début on constate souvent des hémoptysies. Le Dr Lemaistre les mentionne chez les porcelainiers. Nous trouvons au contraire que chez les faïenciers elles sont infiniment rares. M. le Dr Goupil affirme que toutes les fois qu'à cette période, il y a des crachements de sang, le diagnostic de tuberculose s'impose. Si l'on interroge les antécédents héréditaires, les liens conjugaux, il est rare de ne pas trouver dans la famille des tuberculeux. Son opinion me semble avoir d'autant plus de valeur, qu'elle repose sur une longue expérience, et que dans une petite ville comme Montereau on connaît l'histoire médicale généalogique de toutes les familles.

Nous avons observé plusieurs fois chez un tout jeune ouvrier des hémoptysies. Le diagnostic de tuberculose était indubitable : diarrhée, sueurs nocturnes, signes cavitaires, antécédents héréditaires, aucun symptôme ne faisait défaut, mais je revien-
drai plus loin sur cette observation.

Dans un autre cas, j'ai vu un faïencier succomber rapidement à la suite de deux hémorrhagies abondantes. Depuis, sa femme présente des symptômes précurseurs de la phtisie. Or, un caractère typique de la phtisie des faïenciers; c'est d'offrir une innocuité absolue à l'entourage. Aussi, nous paraît-il prudent, toutes les fois que nous trouvons une hémoptysie, de prendre toutes les précautions indispensables contre la contagion. Désinfection des crachats. Lit isolé.

Tels sont les premiers symptômes de la phtisie des faïenciers, et ils me paraissent assez différents de ceux de la tuberculose pour éviter toute confusion. Ni anémie, ni troubles dyspeptiques. Pas de fièvre. Pas d'amaigrissement. Jamais de sueurs nocturnes. Un poulx parfaitement régulier. Pas de diarrhée. L'examen de la poitrine donne des renseignements aussi précieux. Dans la période latente de la tuberculose; on note de la submatité à l'un des sommets. L'inspiration est rude, rapeuse, et ce signe a une valeur presque pathognomonique par son siège, sa fixité, sa localisation à un sommet. Tantôt il y a un affaiblissement du murmure vésiculaire; dans les deux tiers des cas, dit Bourdon, l'inspiration se fait par saccades. Ici, la sonorité est normale; à l'auscultation, la respiration est un peu rude, on peut percevoir de légers craquements secs, mais ils occupent rarement la fosse sus-épineuse, et si l'on prolonge l'examen, si l'on fait tousser le malade, on est certain de trouver les mêmes signes dans les

deux poumons. Parfois cependant le sommet est envahi primitivement, mais alors on voit la zône de submatité descendre progressivement, envahir la base du poumon et le sommet ne tarde pas à recouvrer sa sonorité.

Il serait fort intéressant, à cette période, de savoir quel pronostic porter? Il est très probable que la maladie s'arrêterait dans son évolution si l'ouvrier renonçait à son métier. Nous nous appuyons, pour formuler cette opinion, sur l'apparition tardive de ces premiers symptômes chez des ouvriers, qui, moins assidus à l'atelier, se livrent entre temps à des travaux à l'air libre. Car bien que les faïenciers n'ignorent pas les dangers auxquels ils sont exposés et voient leurs aînés succomber à la même affection, ils n'acceptent jamais d'abandonner une profession qu'ils ont embrassée dès leur jeune âge.

SECONDE PÉRIODE.

Diagnostic différentiel avec la tuberculose fibreuse.

Au bout d'un temps qui varie entre 15 et 25 ans la maladie entre dans une seconde phase qui ne revêt pas des caractères absolus comme on en avait rencontré au début de l'affection. On peut, en effet, distinguer trois formes différentes que nous appellerons: forme pneumonique, forme emphysémateuse, forme suffocante.

Et ici, le diagnostic avec la tuberculose aiguë est

chose si facile que nous ne nous y arrêterons pas. Nous verrons, au contraire, qu'il est parfois difficile de différencier la phtisie des faïenciers avec la tuberculose à marche latente, à forme fibreuse.

Forme pneumonique. — Dans la forme pneumonique, qui n'est pas la plus fréquente. L'ouvrier est pris successivement, à quelques jours, à quelques mois d'intervalle, de points de côté qui occupent tantôt un poumon, tantôt l'autre. Ces points de côté sont douloureux, mais ne peuvent être comparés à ces douleurs de la pneumonie franche que le moindre mouvement, la toux exaspèrent ; de plus ils occupent rarement la région sous-mammaire et siègent de préférence en arrière.

Il n'y a pas non plus cette ascension brusque de la température, indice d'une phlegmasie aiguë, de l'introduction du pneumocoque dans des tissus sains. La température peut atteindre le soir 38° ; mais parfois il y a apyrexie complète. L'expectoration devient toujours plus abondante, les crachats n'ont pas cette couleur sucre d'orge, jus de pruneau, à laquelle on les a comparés, ils sont moins opaques et parfois légèrement teintés de sang.

La description seule de cette forme de pneumonie montre clairement que l'on a affaire à une inflammation bâtarde au milieu d'un tissu malade, induré. Et, en effet, la percussion et l'auscultation le confirment. Matité ou plutôt submatité dans un point parfaitement délimité.

Au début, râles sous-crépitaux, secs, mais moins

ainsi que les râles de la pneumonie aiguë comparée au bruit de froissement de cheveux. Puis respiration soufflante, plutôt que souffle vrai, et au bout de quarante-huit heures retour de râles humides. La durée a été de cinq à six jours en moyenne, mais souvent le médecin n'a pas assisté à l'évolution complète, il n'est pas douteux que certaines poussées pneumoniques passent même inaperçues ; on trouve parfois des malades venant à la consultation réclamer un bon pour arrêt de travail, qui présentent de la matité localisée en un point. Le malade accuse avoir eu les jours précédents un point de côté. Il n'y a pas de souffle, et l'on n'en trouvera pas les jours suivants, il n'y a que de gros râles humides, accompagnés souvent de râles sibilants disséminés dans la poitrine.

Une poussée pneumonique reste rarement isolée, et quelquefois, peu de jours après, surtout si le malade s'expose au froid humide en particulier, s'il veut reprendre trop tôt son travail, les mêmes symptômes réapparaissent. La région voisine du point primitivement atteint, parfois un point diamétralement opposé de l'autre poumon est envahi. Après chaque nouvelle poussée survient une gêne plus marquée de l'hémostasie.

Dans ces cas, on trouve finalement une diminution notoire de la sonorité allant jusqu'à une matité absolue dans une plus ou moins grande étendue de la poitrine, surtout en arrière, car la région sous-claviculaire est toujours la moins frappée. Parfois cette

matité est telle que l'on pourrait songer à une pleurésie ; mais il n'y a pas d'ampliation du thorax. Les vibrations thoraciques sont toujours très amoindries, parfois abolies complètement.

Si l'on examine le thorax du malade pendant qu'il respire, on est frappé de la mise en jeu des muscles inspireurs, mais surtout de la difficulté de l'expiration. Il semble que le poumon sclérosé a perdu son élasticité et que les muscles expirateurs doivent y suppléer.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est considérablement diminué et jamais il n'a son ampleur habituelle. On trouve le plus souvent quelques râles ronflants et sibilants. En général, la respiration est plus raide en avant dans les deux clavicules.

Lorsque la phtisie des faïenciers évolue d'après ce type, le pronostic s'assombrit rapidement, la période secondaire est vite franchie, elle ne dure souvent que quelques mois, rarement plus d'un an. Nous venons d'observer un cas absolument analogue dont nous publierons plus loin l'observation. Cet ouvrier, d'après notre désir, a quitté aussitôt l'atelier et bien qu'il soit dans des conditions hygiéniques parfaites, l'amélioration que nous osions espérer, tarde à se faire sentir. Il faut donc, dès cette période, réserver son diagnostic.

Forme emphysémateuse. — La forme emphysémateuse est de toute la plus bénigne et la plus fréquente. Elle permet aux ouvriers de longues années de survie. Les symptômes du début acquièrent une

intensité croissante. La toux devient continuelle au point de réveiller le malade la nuit, d'interrompre son sommeil ; il est pris parfois de véritables quintes qui l'épuisent. Le malade est assis sur son lit, parfois obligé de se lever, il étouffe, son aspect ressemble de tous points à un asthmatique, et sans les antécédents, on s'y laisserait méprendre. L'expectoration, toujours longue à s'établir, devient plus abondante ; on peut même dire, qu'après chaque quinte de toux, le malade expectore quelques crachats qui offrent des caractères tout particuliers : ce sont des crachats opaques, non aérés, ardoisés, ne faisant qu'une seule masse, au point qu'on a peine à les détacher du vase, et alors, ils tombent en bloc. Ils diffèrent donc des crachats de la bronchite chronique. En effet, au milieu de crachats épais, jaunâtres, on trouve un liquide filant, mousseux ; or ce liquide manque totalement dans la phtisie des faïenciers. Nous avons examiné à plusieurs reprises ces crachats, nous n'y avons jamais découvert le bacille de Koch.

La dyspnée oblige le malade à un repos, sinon absolu, du moins relatif. Nous connaissons des malades à cette période qui fréquentent toujours l'atelier, mais ils avouent que leurs camarades plus jeunes se chargent du travail trop pénible. De plus, trois ou quatre fois dans le courant de l'année, ils sont obligés de prendre quinze jours, trois semaines de repos, soit qu'ils tombent épuisés de fatigue, soit plus fréquemment qu'ils aient contracté

de la bronchite, tous se disent asthmâtiques. Chez eux, les troubles digestifs sont encore l'exception. Il est rare aussi de trouver des troubles cardiaques.

L'un d'eux cependant présentait une dilatation du cœur droit, ce qui s'explique aisément, si l'on songe que la circulation pulmonaire est fortement entravée.

La percussion donne de la submatité, et, en d'autres points, de l'exagération de la sonorité. Aussi ne serai-je pas éloigné de croire que certaines parties du poumon soient emphysémateuses, à côté de nodules complètement indurés, sclérosés. La respiration est sourde, dure, parfois soufflante et même tubaire. Toutefois, ces signes d'induration ne sont pas constants et sont remplacés parfois par la faiblesse ou même l'absence du murmure respiratoire.

L'examen de la poitrine ne peut donc pas permettre de confondre cette affection avec l'emphysème; au contraire, que de symptômes communs avec la phtisie fibreuse qu'a décrite avec tant de soins Bard; surtout si l'on songe, comme nous le ferons remarquer plus loin, que la phtisie vraie n'épargne pas les faïenciers.

Dans la phtisie fibreuse, la toux est habituelle, si elle n'est ni aussi quinteuse, ni aussi fatigante que chez les faïenciers. L'expectoration est muco-purulente ou puriforme, mais elle peut être grisâtre, glutineuse. Enfin la dyspnée est habituelle. Elle gêne la marche et prend parfois une intensité telle

qu'elle rappelle celle des cardiaques. Elle présente aussi des paroxysmes qui la font ressembler d'une façon absolue aux accès de l'asthme primitif. L'état général est souvent satisfaisant, l'appétit se maintient, la diarrhée est rare ; la fièvre, pour ainsi dire nulle. Enfin, on rencontre là aussi un état paradoxal entre les symptômes locaux alarmants et les phénomènes généraux. L'examen même de la poitrine tranchera difficilement la question. Submatité ici, exagération de la sonorité plus bas. Râles bulleux, craquements humides. Respiration soufflante par plaies. Rien par conséquent de caractéristique. Jusqu'à la marche de la maladie lente, avec des périodes d'acalmie qui trompent le malade, le diagnostic différentiel devient de plus en plus difficile.

La notion étiologique tient alors évidemment la première place dans les éléments du diagnostic. Les antécédents héréditaires ont aussi une grande valeur, ils doivent être recherchés avec le plus grand soin, et peuvent parfois seuls faire trancher la question. Sans doute, les accidents laryngés sont fréquents chez les tuberculeux, rares au contraire chez les faïenciers ; cependant ils s'observent. Le D^r Goupil a prié à diverses reprises le D^r Fauvel d'examiner le larynx de ces ouvriers atteints de phthisie des faïenciers. L'éminent laryngiste a toujours trouvé une décoloration et une flaccidité des cordes vocales ; mais pas d'ulcération.

L'examen des crachats pourra éclairer sans doute le clinicien, mais nous attribuons là encore une

grande importance aux hémoptysies. Elles sont aussi fréquentes dans la tuberculose que rares chez les faïenciers. Enfin les lésions du sommet, siège de prédilection du bacille de Kóch sont l'exception ici surtout en avant. C'est là que la respiration conserve le plus longtemps son timbre normal. Sans doute le diagnostic reste parfois délicat, mais comment confondre ces deux affections ? Un faïencier atteint de sclérose du poumon ne contamine jamais sa femme ; ses enfants sont bien portants, aucun ne succombe à la méningite. Au contraire la contagion devient manifeste, on la suit si la tuberculose est venue s'implanter sur ce terrain. Ce seul fait de la contagion n'a-t-il pas son importance.

Quant au pronostic, il est le même pour les deux affections. Elles s'achèment invariablement vers la période finale au bout d'un temps fort variable, après avoir traversé des crises aiguës qui mettent chaque fois la vie du malade en péril.

Forme suffocante. — La forme suffocante est de beaucoup la plus rare. Un ouvrier atteint depuis de longues années de toux et de dyspnée, mais jouissant d'une bonne santé, fort, vigoureux, est pris tout à coup d'une dyspnée croissante. Les crachats deviennent plus rares. Submatité dans les deux poumons ; affaiblissement général du murmure respiratoire, c'est à peine si on l'entend. Point d'égophonie. Point de souffle. Quelquefois, râles muqueux et sibilants. Asphyxie très rapide, qui pourrait sur-

prendre le clinicien s'il n'en était prévenu, car cet ouvrier n'a quitté son travail que la veille.

Telles sont les trois marches différentes que peut suivre la phtisie des faïenciers dans son évolution. Il ne nous reste plus à étudier que les symptômes qui revêtent les formes pneumoniques et emphysémateuses dans une troisième période.

TROISIÈME PÉRIODE.

Période asphyxique.

Nous avons vu que malgré deux marches différentes, la phtisie des faïenciers aboutissait invariablement à une sclérose du poumon, à une induration du tissu pulmonaire. Les symptômes fonctionnels prennent une importance capitale. La toux et la dyspnée font des progrès croissants.

Les douleurs thoraciques s'exagèrent ; le malade garde difficilement le lit et surtout la position horizontale. Les troubles dyspeptiques surviennent d'habitude. Le plus souvent ils ne permettent pas de constater chez le malade un véritable amaigrissement, car la mort survient rapidement. On peut noter de la diarrhée, c'est l'exception.

Les sueurs nocturnes, les accès de fièvre vespérale sont plus fréquents, c'est la forme hectique, et la mort survient par épuisement. D'ordinaire la mort arrive par suffocation, aussi cette période mérite-t-elle, à juste titre, le nom de période asphyxique.

Les hémoptysies sont aussi rares que dans les deux premières périodes.

Comme ces gens sont sujets aux congestions, après chaque poussée, les noyaux scléreux augmentent, le champ respiratoire diminue. Enfin une dernière congestion survient et les emporte.

L'auscultation et la percussion ne donnent que des renseignements de peu de valeur. La matité est en général très étendue, elle peut occuper l'étendue des deux poumons. Le murmure vésiculaire est voilé, l'expiration parfois soufflante, bruyante, accompagnée de toux, de râles muqueux ronflants, sibilants, un vrai bruit de tempête. Le cœur peut rester normal ; mais le plus souvent il devient dans les jours qui précèdent la mort, irrégulier, intermittent. Rarement on y constate des souffles. Pas d'ascite. Pas d'œdème des jambes.

Quelques heures avant la mort le malheureux faïencier a le faciès d'un asphyxié. Ses lèvres sont bleuâtres, violacées, l'hémostase ne se fait plus, il meurt faute d'oxygène.

Combien de temps dure l'évolution totale de cette affection ? De longues années, vingt-cinq ans, trente ans, parfois même davantage ; mais bien rares sont les ouvriers qui échappent aux atteintes du mal.

*Mortalité des trois dernières années à la fabrique
de faïence de Montereau.*

Nous avons cru intéressant de rechercher quelle

avait été la mortalité durant ces trois dernières années chez les ouvriers de la fabrique de Montereau, voici les renseignements que nous avons pu recueillir : deux cent soixante-dix ouvriers, en moyenne, sont employés dans la fabrique ; mais 112 faïenciers seulement sont exposés aux poussières : ébaugeurs, mouleurs, tourneurs, etc.

En 1889. — Sur 267 ouvriers, mortalité totale 10 décès.

Les 112 faïenciers y entrent pour 9 décès.

En 1890. — Sur 269 ouvriers, mortalité totale 11 décès.

Les 112 faïenciers y entrent pour 9 décès.

En 1891. — Sur 270 ouvriers, mortalité totale 13 décès.

Les 112 faïenciers y entrent pour 8 décès.

Nous avons cherché aussi à établir l'âge moyen de la vie chez les faïenciers. Dans certains ateliers on ne connaît pas d'ouvriers qui aient atteint plus de 62 ans, bien que plus de cent ouvriers s'y soient succédés depuis trente ans. Dans un autre atelier, trois ouvriers ont atteint soixante-dix ans, depuis 1850.

Des 112 faïenciers actuellement à la fabrique un seul a 60 ans, deux autres 55 ans.

Mais ces statistiques ne nous renseignent encore qu'imparfaitement. Nous avons soigné tout récemment un faïencier mort de cystite qui avait atteint près de 70 ans. Cette cystite durait depuis de longues années et avait chaque année, obligé cet ouvrier à prendre du repos. Enfin, il est une remarque qui ne manque pas d'intérêt : les alcooliques invétérés, semblent jouir d'une immunité presque absolue,

c'est un fait dont nous ne chercherons pas l'explication, mais le Dr Goupil l'a maintes fois observé. Ces alcooliques de profession, si j'osais dire, vivent les plus vieux.

OBSERVATION I

Forme emphysémateuse.

X..., 35 ans, mouleur. Père et mère vivants et bien portants (père ataxique). Entré à 14 ans à la fabrique de faïence.

Vers l'âge de 16 à 17 ans, fluxion de poitrine, durant laquelle il a craché un peu de sang, crachats liés à de la pneumonie aiguë, jamais depuis il n'a eu d'hémoptysies.

Santé en apparence excellente. Pas d'amaigrissement, faciès légèrement violacé. Peau fraîche normale.

Depuis de longues années toux qui l'oblige parfois à se lever la nuit, exaspérée par le séjour à l'atelier, les efforts, la marche, les changements brusques de température, à ce point qu'il nous dit ne se coucher jamais que dans un lit chaud, pour éviter une quinte de toux douloureuse.

Crachats assez abondants non aérés, opaques, de la couleur de la suie, très adhérents au vase.

Dyspnée fatigante qui s'exagère par les temps humides, la marche. A la suite de la moindre fatigue, difficulté de parler tant cette dyspnée est excessive.

Ces fonctions digestives sont indemnes. Bon appétit, pas de diarrhée.

Pas de troubles circulatoires. Ni œdème des jambes, ni sueurs nocturnes. Les ongles ne sont pas hippocratiques.

A l'examen du poumon : légère submatité en arrière dans les deux poumons. Sonorité normale en avant. Murmure vésiculaire très affaibli ; râles ronflants, sibilants dans toute l'étendue du champ respiratoire, moins nombreux en avant.

OBSERVATION II (personnelle).

Forme pneumonique.

M... C. C., 45 ans. Aucun antécédent héréditaire. Père faïencier mort par accident. Mère bien portante. Entré à la fabrique à l'âge de 12 ans, tourneur en porcelaine opaque.

A 22 ans. Léger épanchement pleurétique. Affection aiguë que le malade attribue à un refroidissement. Evolution rapide. Un mois après le malade reprenait son travail.

De 34 à 40 ans embonpoint manifeste, augmentation du poids du corps de 15 kilogrammes. Alors survient une toux sèche. Le matin le malade expectore quelques crachats qui lui occasionnent des nausées, les nuits sont bonnes.

A la toux s'adjoint progressivement la dyspnée. Le malade souffle en montant les escaliers, il perd de sa vivacité plutôt que de sa force. L'appétit est bon, les digestions sont parfaites. Ni diarrhée, ni constipation.

En août dernier le malade a une telle dyspnée qu'il arrête son travail, il ne souffle pas, il étouffe.

Craquements et râles humides au tiers supérieur du poumon gauche. Rien en bas, rien à droite. La toux est fréquente et l'expectoration peu abondante.

État stationnaire pendant quinze jours puis, 5 septembre, violent point de côté à droite. Rien à l'auscultation. Vésicatoire.

7 septembre. — Amélioration notable du point de côté à droite. A gauche, submatité à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs sur une hauteur de 6 centimètres, râles crépitants manifestes. La respiration est légèrement soufflante, plutôt que souffle vrai l'expectoration est plus abondante, légèrement teintée de sang.

9 septembre. — Râles crépitants au même point. L'amélioration est complète le 12.

15 septembre. — Fièvre. Points de côté à droite au-dessous

du premier foyer pneumonique. Apparition de râles crépitants, nets, sans souffle. Crachats abondants.

Nous avons examiné depuis le malade dont l'état général reste bon, mais dont la toux et la dyspnée ne cèdent à aucune médication. Ni sueurs, ni diarrhée. Les ongles ne sont pas hippocratiques. L'examen des crachats fait tout récemment est resté négatif.

A droite, submatité légère à la base. Respiration affaiblie.

A gauche. Percussion normale. Râles bullaires secs dans tout le poumon, ils disparaissent au niveau de la fosse sus-épineuse à la suite d'une profonde inspiration. Ils sont plus nombreux et plus gros dans la ligne de l'aisselle surtout en bas.

Ce malade a quitté son atelier dès sa première poussée de pneumonie, et malgré un repos absolu, une hygiène parfaite, les résultats obtenus jusqu'ici nous obligent à porter sur cette forme pneumonique un pronostic sévère.

OBSERVATION III (personnelle).

Forme foudroyante.

X... âgé de 48 ans, atteint de toux et de dyspnée depuis de longues années, est pris subitement à l'atelier d'accès de suffocation. Son état général a toujours été des plus satisfaisant.

Il présente tous les symptômes d'un emphysémateux. Sonorité normale, plutôt légère, submatités, aînes, base qu'exagération de la sonorité. Râles sibilants dans les poumons, respiration prolongée. Le malade est pris parfois d'essoufflement, d'accès d'étouffement, durant lesquels le visage cyanosé quelques jours, après le malade succombait durant un accès.

DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES FAÏENCIERS

On a cru longtemps que les poussières de kaolin causaient la phthisie pulmonaire. Les statistiques du

D^r Boulland après 1883 ont montré que cette opinion était erronée et que les cordonniers, couturières, relieurs, en un mot tous ceux qui travaillent en atelier sont aussi souvent atteints par la tuberculose. L'opinion du D^r Boulland nous paraît des plus exactes. Si la plupart des faïenciers sont scléreux, la tuberculose chez eux n'est pas très fréquente.

Cette phtisie pulmonaire avait attiré depuis longtemps l'attention des médecins de Limoges par son évolution tardive et sa marche lente. Le D^r Boulland en faisant les statistiques de la mortalité tuberculeuse chez les ouvriers céramistes a constaté que les décès pouvaient s'observer jusqu'à 65 ans. La même observation a été relevée par le D^r Goupil chez les faïenciers de la fabrique.

Le D^r Boulland a bien voulu me donner son opinion personnelle sur les causes de cette évolution lente sur le mode de guérison de certains tuberculeux, elle me paraît avoir une grande valeur.

L'air des ateliers est rempli de poussières de kaolin, de poussières de charbon qui peuvent être mêlées à des poussières de crachats tuberculeux.

Les corpuscules kaoliniques jouent deux rôles distincts, ils produisent tout d'abord des érosions à la surface des bronches et peuvent faciliter l'inoculation de la tuberculose. Puis en continuant leur action irritative, ils déterminent un processus inflammatoire, suivi d'un travail cicatriciel qui englobe les lésions tuberculeuses et les étouffe (1).

1. Dernier congrès de la tuberculose.

Le Dr Lemaistre avait donc raison de dire que le meilleur moyen de guérir un phtisique serait de le rendre scléreux. Aussi voit-on des sujets adultes et relativement robustes atteints de sclérose qui ont présenté dès leur jeune âge les premiers symptômes de la tuberculose, lorsqu'ils ont été assez résistants pour continuer leur travail et rester ainsi sous l'influence de l'irritation bronchique due aux poussières kaoliniques.

Au contraire chez les sujets très jeunes qui n'étant point poussés par des charges de famille ou qui manquant de vigueur ont interrompu leur travail dès les premiers atteints de la maladie, on observe surtout la phtisie à forme ulcéreuse et à marche rapide.

Chez les porcelainiers, comme chez les faïenciers l'évolution de la tuberculose semble donc se faire ainsi. Un sujet au-dessus de 25 ans, assez robuste, présente une poussée de tuberculose au premier degré, suivie d'un travail cicatriciel et par suite d'un retour presque complet à la santé. Au bout d'un temps plus ou moins long, une nouvelle atteinte de phtisie se produit plus grave que la première. Elle suit alors une marche progressive et aboutit à la mort, ou bien elle est enrayée par une nouvelle formation de tissus scléreux. Le même phénomène peut se produire ainsi à plusieurs reprises déterminant chaque fois un arrêt dans les lésions tuberculeuses même du troisième degré.

Quant aux hémoptysies, elles se produisent au

moment où le malade passe d'une période de sclérose à une période ulcéralive. Elles sont en général abondantes et rebelles probablement par le fait de la rigidité des parois vasculaires dans la sclérose.

OBSERVATION I

Qui m'a été communiquée par le Dr Boulland.

B..., 39 ans, émailleur, ne présente rien de particulier dans des antécédents héréditaires. De son côté, on ne note ni syphilis, ni alcoolisme. Constitution assez robuste. Vie régulière lui permettant d'avoir un certain bien-être. A la fin de son service militaire, à 25 ans, il fut atteint d'une bronchite qui dura deux mois, ne présenta rien de particulier en dehors de la toux et d'une expectoration muco-purulente. Rentré dans la vie civile, il fut employé comme émailleur dans une fabrique de porcelaine et travailla dans un atelier où les poussières de kaolin étaient fort abondantes. Au bout de quelque temps, son expectoration se calma et la toux finit par disparaître. Il lui resta seulement un peu d'essoufflement.

La santé de B... fut bonne pendant 12 ans.

En janvier 1890, il eut l'influenza et fut alors atteint d'une bronchite qui dura cinq mois environ. Je le vis pour la première fois au mois de mai. Il était alors un peu amaigri et légèrement cyanosé. Il avait de la fièvre vespérale, mais pas de sueurs nocturnes. Ses ongles étaient à peine incurvés. Son appétit était diminué, ses digestions difficiles.

Je trouvai B... assis sur son lit et présentant l'aspect d'un emphysémateux pendant une crise de dyspnée ; la respiration était accélérée et la parole légèrement entrecoupée. Le pouls était petit et fréquent. En découvrant la poitrine on n'observait aucune voussure ; mais on remarquait qu'elle était immobile et que les espaces intercostaux étaient pour ainsi dire effacés. Mes mains

fortement appuyées sur le thorax éprouvaient la sensation d'un bloc solide et incompressible. Entre les deux chefs du sternomastoïdien droit, on trouvait le pneumogastrique douloureux. Il n'y avait point de ganglions hypertrophiés au voisinage des clavicules. La percussion donnait une matité à peu près généralisée en arrière, mais moins accentuée en avant, sauf au sommet droit. A l'auscultation, respiration rude et soufflante dans les deux poumons. Au sommet droit en avant existaient quelques râles muqueux et crépitants. En arrière du même côté et dans la moitié supérieure, on entendait des râles muqueux à grosses bulles. Les crachats formaient des îlots grisâtres mêlés à des mucosités transparentes et aérées. La pointe du cœur était légèrement abaissée.

Le lendemain B... me fit rappeler pour une hémoptysie abondante composée d'un sang rutilant et spumeux. Je prescrivis une pilule de tannin de 0.20 centigr. chaque jour, de la tisane d'ortie blanche et des applications répétées de ventouses sèches. Au bout de 36 heures il n'y avait plus de trace de sang dans les crachats. Je fis prendre ensuite au malade 0.75 centigr. de terpine dans une potion. Peu à peu l'expectoration diminua, les râles humides s'atténuaient ainsi que la toux et le malade put retourner à son travail au bout de trois semaines.

Je le vis de temps en temps depuis et je constatai toujours les signes d'induration pulmonaire que j'avais déjà observés. Au sommet droit on trouvait de la crépitation et de la sibilance. Les crachats étaient devenus muqueux. L'anhélation était toujours très accentuée, l'état général restait bon. La période aiguë étant terminée, je fis prendre à B... quelques préparations arsénicales. Enfin craignant que les phénomènes de sclérose ne vinssent à s'accroître, je lui conseillai d'éviter les poussières de kaolin et de demander un emploi différent dans la fabrique. Il obtint d'être mis au service des expéditions.

Après l'avoir perdu de vue quelque temps, je fus rappelé ces jours-ci auprès de lui pour une nouvelle atteinte d'influenza avec bronchite et hémoptysie. J'ai observé les mêmes symptômes que ceux notés l'année dernière, seulement les lésions pulmonaires

sont plus étendues : râles muqueux dans la moitié supérieure du poumon droit en avant ; râles à grosses bulles allant presque jusqu'au gargouillement dans toute la hauteur du même poumon en arrière. Enfin le poumon gauche jusque-là indemne présente au sommet, en avant, des râles crépitants et muqueux. Les deux pneumogastriques, surtout celui du côté gauche, sont douloureux. Les urines ne contiennent rien d'anormal. J'ai fait au malade la même prescription que la première fois.

Je considère B..., ajoute le Dr Boulland, comme un phthisique guéri à deux reprises, à 26 ans et à 38 ans, par le développement de la sclérose pulmonaire, sous l'influence des poussières de kaolin.

OBSERVATION II (personnelle).

X..., 21 ans, employé à la fabrique depuis plusieurs années.

Père rachitique, mère morte tuberculeuse ; la sœur menacée de la même affection a un premier enfant mort de méningite tuberculeuse ; un second enfant a été atteint d'une bronchite suspecte.

Face pâle, yeux brillants, nez effilé, ce jeune homme n'a jamais été robuste, il paraît à peine son âge.

Appelé pour une hémoptysie abondante on constate les symptômes suivants : sueurs nocturnes, fièvres vespérales, diarrhées souvent rebelles.

A la percussion matité aux deux sommets, plus notable à droite. A l'auscultation râles humides dans toute l'étendue du poumon droit, gargouillement au sommet. A gauche craquements plus discrets, respiration rude et soufflante en avant.

On donne au malade 1 gramme d'ergotine en potion, on recommande les boissons glacées, on prescrit la limonade sulfurique.

Après 36 heures les crachats ne sont plus teintés de sang, mais

aux sommets les signes cavitaires s'exagèrent et les symptômes sont si alarmants qu'une issue fatale est à redouter.

Les jours suivants les symptômes fonctionnels s'améliorent, le malade peut se lever quelques instants, il prend un peu de nourriture.

Huile de foie de morue. 30 grammes par jour.

Liqueur de Fowler XV gouttes par jour.

Trois semaines plus tard il reprenait malgré son état de faiblesse, son travail à la fabrique, les craquements et le souffle persistaient.

Depuis, il y a de cela près de 10 mois, X... n'a pas quitté une seule journée son travail. Son état est des plus satisfaisants ; nous ne l'avons pas revu depuis plusieurs mois, et nous le considérons comme guéri, du moins momentanément.

OBSERVATION III (personnelle).

B..., 42 ans, mère phtisique, frère mort tuberculeux. Soigné plusieurs fois par le Dr Goupil, à des années d'intervalle pour des symptômes non équivoques de tuberculose. Symptômes quelquefois inquiétants, mais qui s'amélioraient rapidement dès que l'ouvrier pouvait reprendre son travail. Il a eu plusieurs hémoptyses.

Quand nous le voyons, son état général est satisfaisant. Pas d'amaigrissement notable. Il porte sur la face dorsale de la main droite un trajet fistuleux d'origine osseuse remontant à quelques mois et dont il veut être débarrassé ; cette infirmité le gêne dans son travail.

Nous diagnostiquons : fistule tuberculeuse. A l'examen de la poitrine nous trouvons une matité très nette aux deux sommets, la respiration est soufflante, il n'y a pas de craquements.

Depuis deux mois à peine, B... avait quitté l'atelier quand il est pris d'hémoptysies peu abondantes mais tenaces. L'appétit est perdu, survient chaque soir un léger mouvement fébrile. Sueurs

abondantes. Déperdition absolue des forces. Le malade garde la chambre.

A l'examen de la poitrine, on constate des râles humides dans l'étendue des deux poumons, du gargouillement aux deux sommets. En avant et à droite caverne volumineuse.

Les symptômes s'exagèrent les jours suivants et le malade succombe rapidement.

Il nous paraît évident que l'obligation pour B... de quitter l'atelier a favorisé cette poussée tuberculeuse et l'a rendue mortelle.

TRAITEMENT

Nous ne dirons qu'un mot du traitement prophylactique de la phtisie des faïenciers. Il est certain que l'humidité qui règne dans les ateliers diminue les nuages de poussière que la trépidation continuelle des machines et le balayage fréquent soulèvent. On a remarqué que les ouvriers qui conservent leur barbe sont plus tardivement frappés ; c'est sans nul doute le meilleur masque que l'on puisse leur conseiller.

Chez les scléreux le D^r Lemaistre recommande l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 30 centigr. par jour ; le D^r Goupil ne passe jamais la dose de 0 gr. 50 centigr. et tous deux sont d'accord pour louer ses bons effets. Trop souvent on est réduit à une médication toute de symptômes. L'extrait thébaïque diminue souvent la toux et dans un accès de suffocation nous nous sommes bien trouvés de l'emploi des ampoules d'iodure d'éthyle. Les inhalations d'oxygène sembleraient tout indiquées, malheureusement les observations sont encore trop peu nombreuses pour toujours affirmer leur efficacité.

S'agit-il de manifestations tuberculeuses chez les ouvriers faïenciers. Il n'y a pas d'indication spéciale.

On se rappellera seulement que l'ouvrier gagnera à reprendre son travail dès qu'une légère amélioration le lui permettra. Un tissu nouveau de sclérosé pourra englober les nodules tuberculeux, les étouffer. La guérison, d'après ce mode, dans certains cas, n'est pas douteuse.

CONCLUSIONS

I. — La plupart des faïenciers succombent à une affection pulmonaire chronique, la *phtisie des faïenciers*. Cette phtisie est une sclérose du poumon produite par l'introduction de poussières irritantes dans les voies aériennes.

Trois périodes dans son évolution :

La première période est la période emphysémateuse.

La seconde période revêt trois formes : une forme emphysémateuse, elle n'est que l'exagération des premiers symptômes ; une forme pneumonique et une forme suffocante.

Ces trois formes aboutissent à une période finale, la période asphyxique.

II. — La tuberculose chez les faïenciers n'est pas très fréquente. Elle est remarquable par la lenteur de son évolution. Dans certains cas, si l'ouvrier, après une poussée aiguë de tuberculose, n'est pas trop affaibli pour abandonner l'atelier, elle peut guérir. Un tissu de sclérose vient englober les

lésions tuberculeuses, les étouffer. C'est un mode de guérison de la tuberculose que nous avons observé plusieurs fois chez les ouvriers faïenciers de la fabrique de Montereau.

Vu par le Président,

PROUST.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

